

Rol del médico internista en la unidad de cuidados intensivos y otras áreas críticas

Role of the internist in the intensive care unit and other critical areas

Aland Bisso-Andrade¹

La dificultad que siempre ha planteado la definición del médico internista, o de la medicina interna en general, se debe a que se ha tratado de construir la idea como si se tratara de definir cualquier otra especialidad clínica. La medicina interna, entendida como especialidad, ejerce una atención clínica que integra en todo momento los aspectos fisiopatológicos, diagnósticos, terapéuticos, preventivos y de promoción de la salud, en el ámbito de toda la patología que afecta a la población adulta. Sin embargo, dado el enorme crecimiento y complejidad de la tecnología diagnóstica y de la terapéutica, a la par del creciente conocimiento de la patología clínica, el especialista en medicina interna no puede abarcar todos los campos y por tanto, esa gran especialidad se tiene que subdividir en otras especialidades clínicas o subespecialidades.¹ Por tanto, cualquier definición de la medicina interna debe contener en su construcción que se trata de la especialidad madre de todas las demás subespecialidades clínicas. Si bien es cierto que el internista puro tendrá menor competitividad en el manejo de las enfermedades médicas que pertenecen a la subespecialidad correspondiente, sus cualidades de clínico humanista, diagnosticador, integrador, sintetizador y unificador, le permitirán conducirse con racionalidad, eficiencia y sobriedad cuando está frente a un paciente que pertenece a otra especialidad^{2,3}. Es común observar que cuando el especialista limita su accionar médico solo al área que le compete, pasa por alto trastornos clínicos que muchas veces tienen igual o hasta mayor importancia que la patología que está manejando y que a la larga van a modificar la evolución del paciente. Esa situación difícilmente sucede cuando el paciente es visto por el internista. Entonces, dada las características peculiares del internista y de su interrelación con las subespecialidades, surgen las siguientes variantes⁴: 1) el internista que se mantiene como generalista puro (internista por antonomasia);

2) el internista que centra más su práctica en determinada área clínica -y que origina al internista-cardiólogo, al internista-neumólogo, internista-intensivista, entre otros-; 3) el médico especialista que se focaliza estrictamente en las patologías que le competen; y 4) el médico especialista que, aun cuando se limita a manejar solo los pacientes de su interés, mantiene su condición de clínico integrador, ve al paciente como un todo y se comporta en muchos aspectos como un internista. En mi opinión, es el especialista ideal.

Particularmente, las unidades de cuidados intensivos (UCI) presentan una serie de retos que no se encuentran en otros servicios. Un internista puede interrogar y examinar, por ejemplo, a un paciente de cardiología, neumología, endocrinología o reumatología, tan igual como lo haría con cualquier otro paciente de un servicio de medicina general. Esto no sucede en una UCI. La mayoría de pacientes están con trastornos de conciencia o en un ventilador mecánico bajo sedo-analgésia, y la anamnesis, por lo general, es indirecta. De otro lado, en esas condiciones, el examen físico tampoco es fácil de realizar y deben echarse mano a otros recursos clínicos o diagnósticos que usualmente escapan de la práctica médica común. Es así que el médico intensivista se entrena en diagnosticar y manejar situaciones límites que no se ven en otros servicios. Algo similar ocurre con aquellos emergencistas que laboran en las áreas de trauma-choque. De modo que, cuando un internista ingresa a laborar a un área de pacientes críticos se encuentra de pronto en un escenario complejo donde ya no será posible realizar la semiología rutinaria con la que fue entrenado, un escenario donde la mayor información clínica la dan monitores, pulso-oxímetros y diversos exámenes auxiliares, donde los procedimientos invasivos son parte de la rutina diaria y, a diferencia a lo que siempre evitó en su sala de medicina general, la polifarmacia abunda porque deben administrarse todos los medicamentos que son absolutamente necesarios, dado que en el paciente agudamente enfermo el análisis riesgo/beneficio considera que no hay posibilidad de limitar el uso de una droga

1. Médico internista de la Unidad de Cuidados Intensivos Generales del Hospital Central PNP Luis N. Sáenz.



simplemente por el riesgo de que ocurran efectos adversos o interacciones. De otro lado, los pacientes rara vez evolucionan con una sola morbilidad. Por ejemplo, un paciente que ingresa por pancreatitis aguda, puede desarrollar durante su evolución, distrés respiratorio, neumonía intrahospitalaria, encefalopatía, falla renal, trastornos de coagulación, entre otras, y en algún punto de su estancia puede presentar simultáneamente varias de las complicaciones mencionadas y situarse en la denominada 'falla multiorgánica' en el peor momento de su evolución, porque, ineluctablemente, de no revertir esta situación, el desenlace fatal es inminente. Además, ello implica que los médicos responsables tengan la seria responsabilidad de mantener una sólida relación con los familiares del paciente. Debe unificarse la información a fin de no caer en confusiones, debe tenerse un lenguaje claro y coherente, no generar falsas expectativas ni dar pronósticos o promesas que no puedan cumplirse. La actitud del médico informante debe ser muy profesional, pero sin desprenderse del lado humano y la calidez que demanda la gravedad del paciente y el sentimiento de los familiares. Es muy delgada la cuerda que une al paciente crítico con este mundo y el más allá. A diferencia de una sala de medicina general, en una UCI se vive el día a día, el margen de error es extremadamente corto y deben tomarse decisiones tan rápidas como correctas.

Entonces, en ese mundo complejo y difícil que se vive en una UCI o en un área de trauma-choque es donde el rol de un médico internista puede adquirir mayor relevancia que en cualquier servicio de otra especialidad. Sus cualidades de formación holística e integradora le permiten situarse frente al paciente crítico con una visión global que va más allá de los monitores y exámenes auxiliares. Ello, sumado a su amplio conocimiento de fisiopatología y ciencias básicas, le permitirá entender mejor los problemas del paciente y conjeturar con mejor lucidez y criterio la disquisición diagnóstica diaria y los retos del día a día. Es posible que, más de una vez, el internista pueda identificar –o explicar– un problema clínico que el intensivista no ve. No por incapacidad o negligencia sino porque su entrenamiento básico le exige dar prioridad a todo aquello que genera una disfunción o descompensación aguda o que despierta la alarma de los monitores. De hecho, cuando el médico intensivista le da más tiempo a sus revisiones de fisiopatología y en cada visita, además de calcular puntajes y de interpretar análisis, examina al paciente de pies a cabeza con la semiología básica que aprendió en la universidad, gana un plus invaluable que pronto se verá reflejada en su mayor eficiencia y solidez.

Cuando se ingresa por primera vez a una UCI lo que más llama la atención es la cantidad de bioparámetros generados por máquinas electrónicas, exámenes auxiliares y puntajes de gravedad o pronóstico que se manejan para cada paciente, al punto que da la impresión que los médicos están más ocupados en tomar decisiones para tratar máquinas y resultados de análisis, mientras que el paciente está abandonado a merced

de los equipos. Habitualmente, el médico internista es visto por intensivistas y emergencistas como un clínico pensante, paciente y observador, que está más capacitado para diagnosticar y tratar procesos crónicos o patologías no graves de absoluto manejo médico que no requieran un soporte más allá de una hidratación por vía periférica y oxigenación por una cánula nasal. Sin embargo, cuando ese mismo internista ingresa a trabajar a una UCI, la competencia que puede ofrecer va mucho más allá de aquella primera impresión y entonces, pese al escenario complejo que conforman pacientes graves sometidos a equipos y procedimientos invasivos, se convierte en un consultor a tiempo completo, un integrador de las discusiones y opiniones de sus compañeros de sala; además, por su propia formación, puede desenvolverse con mayor naturalidad en los campos de la docencia y la investigación. Incluso, no llama la atención que hasta en el área administrativa, el internista pueda desenvolverse con mayor criterio, dada su cualidad de manejarse con una visión global que, más allá de los pacientes y la tecnología que lo rodea, involucre al manejo del personal, la logística, relaciones públicas y su interrelación con otros servicios del hospital.

De otro lado, respecto a los procedimientos invasivos que pertenecen a los dominios del intensivista, a la utilización de los dispositivos de monitoreo, a la solicitud de exámenes auxiliares especiales y a la polifarmacia habitual que existe en una unidad crítica, el médico internista asimila y aprende con facilidad el uso racional de los mismos y es probable que tenga menos probabilidad de llegar al denominado 'encarnecimiento terapéutico' en los casos terminales donde es mejor dar el alivio y soporte necesarios para una muerte digna antes que pretender una lenta y dolorosa agonía.

Hace seis años, por voluntad propia dejé mi servicio de medicina para ingresar a la UCI de mi hospital. Muchos me dijeron que me enfrentaba a un reto muy grande, que tendría problemas legales, mayor estrés y que, de seguro, estaría en constante desventaja frente a los intensivistas de formación. Simplemente tuve que aplicar la medicina interna y lo demás cayó por su propio peso. Actualmente, cuento con la amistad y respeto del personal de la unidad, no he tenido ningún conflicto relevante con pacientes ni familiares, participo activamente en la formación académica de los residentes, mi formación académica se ha incrementado notablemente y, sobre todo, me siento más internista que nunca.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Association of Professors of Medicine. The clinical philosophy of internal medicine. *Am J Med.* 1998;104:323-326.
2. Federated Council for Internal Medicine. Position paper generating more generalists: an agenda of renewal for internal medicine. *Ann Intern Med.* 1993;119(11):1125-1129.
3. American College of Physicians. Position Paper: The role of the future general internist defined. *Ann Intern Med.* 1994;121(8):616-622.
4. Portugal Álvarez J. Misión de la medicina interna y su influencia en el conjunto del hospital. *An Med Interna (Madrid).* 2005;22:559-560.